

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO

Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

Istituto Istruzione Superiore "VIA DEI PAPARESCHI"**Liceo Scientifico Scienze Applicate – Liceo Linguistico – Liceo Scienze Umane opz. Economico Sociale –
I.T. Amministrazione Finanza e Marketing**

Sede Centrale: Via dei Papareschi, 30/A - 00146 Roma - Tel. 06/12.112.69.05 – 06/55.30.89.13 Fax 06/55.62.789

Sede Succursale: Via delle Vigne, 205 – 00148 Roma – Tel. 06/65.67.81.86 – 06/12.112.66.65 Fax 06/65.67.83.52

C.F. 80227330588 - Cod. Meccanografico: RMIS09100B Cod. Univoco UF3E4N

E-Mail: rmis09100b@istruzione.it PEC: rmis09100b@pec.istruzione.it**MODULO / CERTIFICATO MEDICO PER ATTIVITA' SPORTIVA IN AMBITO SCOLASTICO****RICHIESTA DI RILASCIO (A CURA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO)**

La sottoscritta Paola Palmegiani in qualità di Dirigente Scolastico dell'Istituto "IIS Via dei Papareschi"

Chiede

che l'alunno/a

nato/a il..... frequentante la classe.....

venga sottoposto al controllo sanitario GRATUITO per la pratica nell'ambito scolastico di attività sportive non agonistiche relative a:

 ATTIVITA' PARASCOLASTICHE

alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche inserite nel PTOF - non in orario delle lezioni curricolari di Educazione Fisica.

 X GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI

solo per coloro che partecipano ai Giochi Sportivi Studenteschi alle fasi successive a quella d'istituto e precedenti quelle nazionali.

Data.....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(timbro e firma)

.....

CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' (A CURA DEL MEDICO CURANTE)

certifico che l'alunno/a.....

nato/a il.....

sulla base della visita da me effettuata, dei valori pressori rilevati, nonché del referto dell'ECG effettuato in data/...../.....

NON presenta controindicazioni in atto alla pratica sportiva non agonistica.

Il presente certificato, ad uso esclusivo scolastico, ha validità annuale dalla data del rilascio.

Data.....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(timbro e firma)

.....